





פרטים על ההכנסות של התובע ושל בן/בת הזוג

Data concerning the income of the claimant and that of the spouse

| Spouse  | בן/בת זוג | Claimant  | התובע |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|---|-----------|---|-------|---|--|--|--|--|--|-------|--|--------|--|--------|--|-------|--|-----|--|-------|--|-------|--|------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--------|--|-------|--|--|--|-----|--|-------|--|------|--|--|--|--|
| —   |           | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">/ יום</td> <td colspan="2">/ חודש</td> <td colspan="4">/ שנה</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Day</td> <td colspan="2">Month</td> <td colspan="4">Year</td> </tr> </table> |       |   |  |  |  |  |  |       |  | / יום  |  | / חודש |  | / שנה |  |     |  | Day   |  | Month |  | Year |  |  |  | תאריך הגשת התביעה<br>Date of submitting the claim |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| / יום   |           | / חודש  |       | / שנה   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| Day   |           | Month   |       | Year  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no,<br>From <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">/ יום</td> <td colspan="2">/ חודש</td> <td colspan="4">/ שנה</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Day</td> <td colspan="2">Month</td> <td colspan="4">Year</td> </tr> </table> |           |   |       |   |  |  |  |  |  | / יום |  | / חודש |  | / שנה  |  |       |  | Day |  | Month |  | Year  |  |      |  | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא,<br>מתאריך <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">/ יום</td> <td colspan="2">/ חודש</td> <td colspan="4">/ שנה</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Day</td> <td colspan="2">Month</td> <td colspan="4">Year</td> </tr> </table> |  |   |  |  |  |  |  |  |  | / יום |  | / חודש |  | / שנה |  |  |  | Day |  | Month |  | Year |  |  |  | ציין האם אתה עובד (בעת מילוי הטופס) ואם כן, ממתי<br>Please mention if you are working (at the time of filling in this form) and if so, from when |
|   |           |   |       |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| / יום   |           | / חודש  |       | / שנה   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| Day   |           | Month   |       | Year  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| / יום   |           | / חודש  |       | / שנה   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| Day   |           | Month   |       | Year  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       | אם כן, נא לציין את ההכנסה החודשית מעבודתך (במטבע מקומי)<br>If yes, please mention your monthly income from work (in local currency) |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no,<br>From <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">/ יום</td> <td colspan="2">/ חודש</td> <td colspan="4">/ שנה</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Day</td> <td colspan="2">Month</td> <td colspan="4">Year</td> </tr> </table> |           |   |       |   |  |  |  |  |  | / יום |  | / חודש |  | / שנה  |  |       |  | Day |  | Month |  | Year  |  |      |  | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא,<br>מתאריך <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">/ יום</td> <td colspan="2">/ חודש</td> <td colspan="4">/ שנה</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Day</td> <td colspan="2">Month</td> <td colspan="4">Year</td> </tr> </table> |  |   |  |  |  |  |  |  |  | / יום |  | / חודש |  | / שנה |  |  |  | Day |  | Month |  | Year |  |  |  | האם היקף עבודתך צומצם? אם כן, ציין ממתי<br>Have your work hours been reduced? If yes, please indicate from when                                  |
|   |           |   |       |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| / יום   |           | / חודש  |       | / שנה   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| Day   |           | Month   |       | Year  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       |   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| / יום   |           | / חודש  |       | / שנה   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
| Day   |           | Month   |       | Year  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       | אם משולמת לך קצבה, ציין ממתי<br>If you receive a pension, please indicate from when   |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       | הכנסה חודשית מקצבאות (במטבע מקומי)<br>Monthly income from pensions (in local currency)  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |
|   |           |   |       | אם קיימות הכנסות נוספות, נא לציין (במטבע מקומי)<br>Please state all additional income (in local currency)                           |  |  |  |  |  |       |  |        |  |        |  |       |  |     |  |       |  |       |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |       |  |        |  |       |  |  |  |     |  |       |  |      |  |  |  |  |

**Data concerning insurance periods in Israel and abroad** פרטים על תקופת ביטוח בארץ ובחו"ל

| ציין את המדינה בה עבדת<br>Please indicate in which country you worked | נא לציין:<br>• לגבי שכיר: שם המעביד וכתובתו<br>• לגבי עצמאי: שם העסק וכתובתו<br>• הכנסות אחרות: ציין סוג ההכנסות<br><br>Please indicate:<br>• <b>salaried worker</b> : name and address of employer<br>• <b>self-employed worker</b> : name and address of business;<br>• <b>other income</b> : specify kind of income | תעסוקה: ציין - "שכיר", "עצמאי", "מחוסר עבודה" וכדומה<br><br>Occupation (s): please indicate "salaried worker", "self-employed worker", "unemployed" etc. | תקופה<br>Time / Period |                |
|---|--|--|------------------------|----------------|
|   |  |  | עד תאריך<br>To         | מתאריך<br>From |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |
|   |  |  |                        |                |

**Information about the claimant's education and his professional training in Israel and abroad** מידע על ההשכלה של התובע והכשרתו המקצועית בארץ ובחו"ל

מספר שנות לימוד, ושם המוסד החינוכי האחרון Number of study years and name of the **last** educational institution

האם עברת הכשרה מקצועית?  כן  לא, אם כן, מה תחום ההכשרה?  yes  no, אם כן, מה תחום ההכשרה? \_\_\_\_\_

**Information regarding the disability (please include relevant medical documents)** פרטים על הנכות (נא לצרף מסמכים רפואיים מתאימים)

| תאריך החמרת המצב הרפואי<br>Date of deterioration of medical condition   | תאריך תחילת הנכות<br>Date of the onset of the disability | הגורם הרפואי לנכותך<br>Medical cause of your disability |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-----|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-----|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |   |   |   |   |   |   |  | / | / | / | / | / | / | / | / | יום | חודש | שנה |  |  |  |  |  | Day | Month | Year |  |  |  |  |  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>יום</td><td>חודש</td><td>שנה</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Day</td><td>Month</td><td>Year</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / | / | / | / | / | / | / | יום | חודש | שנה |  |  |  |  |  | Day | Month | Year |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| /   | /  | /   | / | / | / | / | / |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| יום   | חודש   | שנה   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| Day   | Month  | Year  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| /   | /  | /   | / | / | / | / | / |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| יום   | חודש   | שנה   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |
| Day   | Month  | Year  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |      |     |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |

**Bank account details**

**פרטי חשבון הבנק**

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעביר לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:  
 Please transfer the monthly payments of this NII pension to the my account, according to the details specified below:

|                                    |                                  |  |                                |  |
|------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>Names of the account holder</b> |                                  | <b>שמות בעל החשבון</b>                           |                                |  |
|                                    |                                  |  |                                |  |
| <b>מס' חשבון</b><br>Account number | <b>מס' סניף</b><br>Branch number | <b>שם סניף/כתובתו</b><br>Branch name and address | <b>שם הבנק</b><br>Name of bank |  |
|                                    |                                  |  |                                |  |

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| <b>IBAN / BIC / Swift Code</b> | <b>מספר זה"ב / BIC / קוד הסוויפט</b> |
|                                |                                      |

**Declaration** **הצהרה**

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.  
 אני/ו מסכים/ים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם התובע \_\_\_\_\_ חתימת התובע \* \_\_\_\_\_

I agree that the aforementioned bank if requested to do so, will return payments from my account to the NII in cases where payments were deposited entirely or partly by mistake, or not in accordance with the law, and that the bank will notify the NII of the details of the drawers.  
 I / We agree that the NII will contact the aforementioned bank, using computerized communication, to verify my ownership of the bank account as I declared above and that the aforementioned bank and / or whoever works on its behalf, shall give the NII the information it needs to verify the bank account details I have given above. **Alternatively, I am aware that the NII may require additional documents and certificates to verify the details of the bank account I provided above and that I will have to supply these on demand.**

In any case of discrepancy between the original Hebrew text of this form and the English translation provided, the Hebrew version will prevail.

Date \_\_\_\_\_ Name of signatory \_\_\_\_\_ \* Signature of signatory \_\_\_\_\_